FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1919-1920. 2e Série. No 122.

DE LA SYPHILIS

DES

Veines et Veinules superficielles des Membres

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 28 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

DIDIER (Maurice)

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze du Dévouement
Médecin Aide-Major de réserve

Né le 16 Décembre 1891, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. L. SPILLMANN, professeur... *Président.*
FRUHINSHOLZ, professeur... *Juges.*
MICHEL, agrégé..... *Juges.*
PERRIN, agrégé..... *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE
—
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1919-1920. 2e Série. N° 122.

DE LA SYPHILIS

DES

Veines et Veinules superficielles des Membres

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mardi 28 Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

DIDIER (Maurice)

Ancien Externe des Hôpitaux
Médaille de Bronze du Dévouement
Médecin Aide-Major de réserve

Né le 16 Décembre 1891, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. L. SPILLMANN, professeur... *Président.*
FRUHINSHOLZ, professeur... } *Juges.*
MICHEL, agrégé..... }
PERRIN, agrégé.....

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE
—
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, O ✻, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, O ✻, I ✪ ; NICOLAS, ✻ I ✪ ; PRENANT, ✻, I ✪ ; F. GROSS, O ✻, I ✪ ; CHRÉTIEN, I ✪ ; HERRGOTT, ✻, I ✪.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	WEISS, O ✻, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ✪.
Hygiène	MACÉ, I ✪.
Physiologie	E. MEYER, ✻, I ✪.
Clinique médicale	SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ✪.
Médecine légale	P. PARISOT, ✻, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, ✻, I ✪.
Anatomie pathologique	HOCHE, ✻, I ✪.
Clinique médicale	ETIENNE, I ✪.
Clinique chirurgicale	VAUTRIN, ✻, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	L. SPILLMANN, ✻, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	FRŒLICH, ✻, I ✪.
Physique médicale	LAMBERT, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	FRUHINSHOLZ, ✻, I ✪.
Histologie	COLLIN, I ✪.
Anatomie descriptive	LUCIEN, ✻, I ✪.

Professeurs-adjoints : MM.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	JACQUES, ✻, I ✪.
Clinique des voies urinaires	ANDRÉ, ✻, I ✪.

Chargés de cours complémentaires : MM.

Médecine opératoire	MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	PARIS, ✪.
Clinique des maladies des vieillards	RICHON, ✻, I ✪, agrégé.
Pathologie interne	RICHON, ✻, I ✪, agrégé.
Accouchements	N.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	PERRIN, I ✪, agrégé.
Thérapeutique	PERRIN, I ✪. agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	J. PARISOT, ✻, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	J. PARISOT, ✻, I ✪, agrégé.
Pathologie externe	BINET, I ✪, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	N.
Clinique d'électrothérapie	N.

Agrégés en exercice

MM. S. REMY, A ✪.
MICHEL, I ✪.
RICHON, ✻, I ✪.
ROBERT, I ✪.

MM. BUSQUET, I ✪.
BINET, I ✪.
PERRIN, I ✪.

MM. THIRY, ✻, I ✪.
J. PARISOT, ✻, A ✪.
FAIRISE, A ✪.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, ✻, I ✪ ; FÉVRIER, G O ✻, I ✪.

M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.
M. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⊗, I ✪, Secrétaire honoraire.

---

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON ÉPOUSE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR L. SPILLMANN

PROFESSEUR DE CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Dans le service de M. le Professeur Spillmann, il nous fut donné d'observer un malade présentant au niveau de son système veineux des lésions dues à la syphilis.

Nous avons recherché d'autres cas semblables et nous avons parcouru la littérature médicale se rapportant à ce sujet. Nous avons constaté que cette question de la syphilis veineuse n'a été étudiée avec l'ampleur qu'elle méritait que depuis une vingtaine d'années; à ce moment les observations ont été approfondies, puis aux éléments fournis par la clinique sont venus s'ajouter les moyens de laboratoire qui ont permis un diagnostic certain; en effet, une technique histologique appropriée a permis de découvrir, au milieu des lésions, l'agent provocateur qu'on ne pouvait que soupçonner jusqu'au temps de sa mise en évidence par Schaudin.

S'il n'est pas possible ou nécessaire, en tous les cas, de faire la recherche du « Tréponéma pallidum », du moins nous pouvons avoir recours à un autre moyen de laboratoire entré de nos jours dans la pratique : nous voulons parler de la méthode de Bordet-Wassermann, modifiée ou non.

Il n'en est pas jusqu'à l'arsenal thérapeutique qui n'ait vu son domaine s'enrichir de la médication arsenicale,

dont l'application courante, sous forme du 606, puis du 914 ou autres produits similaires (1), a pu être réalisée, grâce à une technique considérablement simplifiée au cours de ces dernières années. Au moment où la syphilis étend ses ravages en un véritable fléau comparable à celui du Moyen-âge, au moment où des cris d'alarme sont poussés de toutes parts contre le péril vénérien en général, et contre la syphilis en particulier, nous ne saurions posséder contre elle trop d'armes efficaces, ni trop de moyens de la dépister; trop souvent encore nous avons rencontré chez les malades de l'indifférence ou un optimisme exagéré et, pour eux, l'élément douleur est fonction de gravité; trop souvent aussi ceux qui sont appelés à les soigner ignorent la multiplicité des formes que peut revêtir cette maladie-Protée.

Et comme le faisait justement remarquer le Professeur Dieulafoy : « On méconnaît trop souvent la syphilis, parce qu'on ne pense pas assez à la rechercher; elle met la vie du malade en danger et, d'autre part, elle est une occasion de véritable triomphe thérapeutique, car on rend parfois la santé en quelques jours, en quelques semaines, en quelques mois, à des gens qui semblaient arrivés à la période ultime de leur affection ».

Dans ce travail très imparfait en raison des circonstances, nous avons tâché de remettre en relief certaines particularités propres à la syphilis des veines superficielles et nous insisterons sur tous les détails dignes d'intérêt en ce qui concerne la question qui forme le fond de ce travail.

Mais avant d'entrer en matière et de développer le

(1) Luargol, Galyl, etc.

sujet de notre thèse, nous nous devons d'adresser ici, à tous nos Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté, l'hommage de notre sincère reconnaissance.

Notre Maître, M. le Docteur L. Spillmann, Professeur de clinique de Dermatologie et Syphiligraphie, a bien voulu nous indiquer le cadre de notre sujet. Pendant les quelques temps où nous avons été externe à son service, il a guidé nos premiers pas dans la voie qui s'ouvre aujourd'hui devant nous. A lui, nous devons nos quelques connaissances théoriques et pratiques dans cette branche de la Médecine, si variée et si intéressante, connaissance que nous avons pu utiliser pour le plus grand profit des malades, au cours de ces dernières années. Nous n'oublierons jamais l'extrême bienveillance avec laquelle il n'a cessé de nous prodiguer ses conseils, et nous le prions de recevoir ici l'expression de notre vive gratitude.

Nous adressons à M. le Docteur M. Perrin, Professeur agrégé, nos remerciements pour l'intérêt qu'il nous a témoigné au cours de nos études médicales, et en particulier pendant la courte période durant laquelle nous avons rempli les fonctions d'interne dans son service. Nous garderons toujours le souvenir de ses encouragements et de son excellent enseignement.

Nous tenons également à remercier particulièrement M. le Docteur G. Michel, Professeur agrégé, pour sa sollicitude à nous inculquer les notions de clinique chirurgicale, nous laissant une grande liberté durant le peu de temps pendant lequel nous avons été attaché à son service de l'Hôpital Maringer.

MM. les Professeurs Weiss, Rohmer, Sencert, Jacques,

Frœlich ont droit à toute notre reconnaissance, et nous leur adressons nos sincères remerciements.

Enfin M. le Professeur Fruhinsholz a bien voulu accepter une place dans notre jury de thèse; qu'il trouve ici l'expression de nos hommages respectueux.

HISTORIQUE

Les manifestations veineuses de la syphilis ont été décrites depuis une cinquantaine d'années environ, mais la notion de phlébite syphilitique en temps qu'entité morbide, n'est entrée vraiment dans le domaine de la réalité que depuis peu, car les auteurs ne pensaient pas devoir attribuer à la syphilis les lésions qui se révélaient à eux, et ils recherchaient d'autres causes à cette phlébite assez spéciale. C'est, en effet, la symptomatologie de la phlébite syphilitique et, faute de mieux, le traitement qui, suivant le vieil adage « Curationes ostendunt naturam morborum », montrant une réelle efficacité pour la guérison des lésions, mettait sur la voie du diagnostic.

Les premiers auteurs qui ont constaté des phénomènes de phlébite chez des syphilitiques avérés, Tessier en France et Girdvood en Angleterre, ont relaté le fait, sans en donner l'explication ni tirer des conclusions.

Gosselin en 1870, relate le premier, dans une de ses observations, un cas de syphilis noueuse; mais il étiquette « gomme » cette affection survenue, chez un jeune homme de 23 ans, au bout de trois mois et demi après l'accident primitif.

Ce n'est qu'en 1890 que Mauriac ose prononcer nettement le nom de phlébite syphilitique, à l'occasion d'un cas qu'il a observé.

En 1894, Mendel, réunissant plusieurs observations de

phlébite syphilitique, fonde la première classification, et il distingue alors deux variétés de phlébite spécifique : secondaire et tertiaire. Ce fut lui le premier qui pratiqua une biopsie de veine chez un spécifique, sans d'ailleurs trouver de lésions caractéristiques.

En 1897, Chrétien, en 1898, Proksch, publient des cas de pyléphlébite syphilitique.

E. Hoffmann, en 1905, en réunissant trente-trois cas de phlébite syphilitique, divise les phlébites secondaires en :

1° Phlébites en cordon des grosses veines; 2° phlébites noueuses; 3° érythème noueux et érythème multiforme, syphilitiques.

Les observations se succèdent; cliniciens et anatomo-pathologistes apportent des documents nouveaux et précis.

C'est en 1906 que MM. Ravaut et Ponselle, étudiant les lésions encéphalo-méningées des nouveau-nés syphilitiques, découvrent le Tréponème dans l'épaisseur des tuniques veineuses; même découverte peu après par MM. Nattan-Larrier et Brindeau au niveau du placenta syphilitique.

Enfin, en 1910, MM. Thibierge et Ravaut apportent encore des confirmations indiscutables aux données précédentes, en constatant non seulement la présence du Tréponème au niveau des veines superficielles des membres, complétant leurs recherches par un examen histologique aux différents niveaux de la lésion phlébitique, mais encore par l'inoculation positive chez le singe.

Gaillard, en 1911, confirme dans sa thèse inaugurale, par trois observations personnelles, les résultats des examens histologiques précédents.

Depuis lors, différents auteurs ont signalé des cas de phlébite syphilitique, et nous avons relaté, au chapitre des observations, quelques-uns des cas qui avaient trait à notre sujet.

Enfin, M. le Professeur Etienne, au dernier Congrès français de Médecine, qui s'est ouvert le 19 mai 1920, à Bruxelles, a présenté, sur la syphilis de l'appareil cardio-vasculaire, un rapport qui traite, au chapitre deuxième, de la syphilis des veines.

Il divise les lésions en cinq catégories : phlébite des veines superficielles, des veines profondes, phlébites viscérales, gommes des veines et ulcères variqueux.

ÉTIOLOGIE

Connaissant la prédilection avec laquelle la syphilis frappe les systèmes lymphatique et artériel, et sachant que la syphilis est à ses débuts une septicémie, il est logique de penser que le Tréponème pourra s'attaquer aussi aux veines; la clinique et l'anatomie pathologique se sont accordées pour démontrer le bien-fondé de cette déduction.

On a constaté, de plus, que la phlébite syphilitique était plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et cela dans la proportion d'environ 3 pour 1. C'est entre vingt et trente ans qu'on la rencontre le plus souvent.

Les chiffres fournis par Mendel, Brunsgaard, Roussy, Jullien, Panella et Gaillard sont d'accord là-dessus.

La fatigue, les efforts, la station debout prolongée, peuvent être incriminés comme agents occasionnels. L'exemple des malades de Mendel, de Thibierge et Monthus, d'Audry, est assez démonstratif.

Cependant, on ne peut considérer ces facteurs comme essentiels, puisque chez d'autres malades nombreux et dans un de nos cas personnels, la phlébite est survenue, alors que le patient était alité depuis un temps plus ou moins long.

Les varices, incriminées par Hoffmann, ne semblent pas jouer un rôle important, comme on pourrait le croire.

Dans ces dernières années, on a noté le traumatisme comme agent d'éclosion d'accidents spécifiques (Lacapère, Gougerot, Gauthier, Raillet). Tout récemment même, M. le Docteur Stroup a rapporté à la Société de Médecine de Nancy (1) le cas d'un malade spécifique qui, à la suite d'un traumatisme au niveau du membre supérieur, a été atteint de phlébite consécutive, à ce niveau.

On peut comparer le rôle du traumatisme dans l'attrition des vaisseaux des parties superficielles contuses, au rôle que joue l'infection due à des microbes variés dans les ulcères syphilitiques ou au rôle du bacille de Ducrey dans le phagédénisme; le phagédénisme, d'autre part, dans certains cas, à la période primaire comme à la période tertiaire, est dû à l'extension à la surface du derme de l'infiltration propre à la spiro-chétose; à la période primaire, il peut arriver que le phagédénisme creuse l'induration du chance dans une phase éloignée de son début et dans laquelle le ramollissement est dû surtout à l'oblitération des vaisseaux. Les atteintes successives des vaisseaux expliquent les progrès du phagédénisme (Ravogli).

Mais une des causes secondaires que nous avons énumérées, peu aussi créer un point d'appel à l'infection primitive qui, réveillée, manifeste sa virulence au niveau du lieu de moindre résistance, et on est amené à constater que ce n'est pas un traitement local, mais bien un traitement général antisyphilitique qui arrivera à modifier d'une manière remarquable l'allure des accidents que

---

(1) Séance du 12 mai 1920.

présente le malade en général, et des ulcérations syphilitiques d'origine phlébitique (1) en particulier.

La phlébite syphilitique est plus fréquente qu'on ne le croit, c'est là l'avis de nos grands syphiligraphes et si on parle rarement de cette localisation du virus syphilitique, c'est parce qu'elle ne s'accompagne pas de symptômes qui frappent le malade, comme le médecin.

Peut-être la phlébite joue-t-elle un rôle dans la maladie de Raynaud, qui est due dans certains cas à l'artérite spécifique (Gaucher, Nicolas). La chose reste à élucider.

Nous avons noté, dans une observation inédite que nous a communiqué M. le Professeur M. Perrin, l'apparition d'une phlébite syphilitique (du membre inférieur gauche) à allure de « phlegmasia », au cours de la grossesse, chez une femme syphilitique avérée, enceinte de cinq mois. Dans ce cas, du reste, l'inflammation de la veine fémorale était prépondérante.

La phlébite syphilitique précoce, qui apparaît après le chancre au bout d'un temps variant de quelques jours à un ou plusieurs mois, et la phlébite syphilitique secondaire, apparaissant après la roséole ou les autres manifestations secondaires dont les débuts sont variables, sont les formes de syphilis veineuse le plus souvent observées.

On peut constater ensuite, mais dans un rapport moins fréquent, les formes noueuses de syphilis qui ne sont en

---

(1) Nous signalerons ce fait que dans les cas de chancre redux, l'ulcération, superficielle ou profonde, avec parfois alternatives de réparation puis de réulcération, est due souvent à un processus de périphlébite avec infiltrations cellulaires qui remontent jusqu'au derme (Blascko).

quelque sorte qu'une forme de transition entre la syphilis veineuse secondaire et la gomme.

La syphilis veineuse de la période tertiaire, soit sous forme de phlébite, soit sous forme de gomme veineuse, est plus rare encore que les variétés précédentes; aux lésions propres de la veine, s'ajoute la périphlébite scléreuse qui laisse toujours après elle, malgré le traitement, une induration chronique. L'induration de la phlébite précoce et secondaire disparaît, au contraire, sans laisser de traces.

Nous n'envisagerons pas ici le rôle de la syphilis héréditaire dans les phlébites spécifiques, quoiqu'elle ait été notée, au niveau de la veine ombilicale, véhicule du virus syphilitique qui agit avec prédilection sur les veinules portes. Anderson et Birch-Hirschfeld ont décrit des lésions de la tunique interne de la veine ombilicale du cordon, lésions analogues à celles de l'endartérite syphilitique qui pourraient, d'après Vinay, amener un rétrécissement progressif de la veine ombilicale et, par là, la mort du fœtus.

D'autre part, l'altération des parois veineuses peut être consécutive à des lésions syphilitiques de voisinage. Schuppel a observé, sur trente cas de syphilis congénitale, trois cas de phlébite de la veine porte au point où celle-ci pénètre dans le foie.

La lésion consistait dans une véritable gomme périveineuse. La lumière du vaisseau était rétrécie, mais il n'y avait pas de coagulation dans l'intérieur du vaisseau.

Certains états diathésiques (arthritisme) ou certaines intoxications chroniques (alcoolisme) ou infections chroniques (paludisme), peuvent s'associer à la syphilis pour altérer le système veineux.

PATHOGÉNIE

Le Tréponème peut agir sur la veine de plusieurs manières; il peut attaquer directement, favorisé par la lenteur de la circulation sanguine, l'endothélium veineux, qui, histologiquement, se rapproche de l'endothélium des séreuses; d'autre part, par la voie des vasavasorum, quand le vaisseau est de gros calibre, il peut provoquer des réactions de la part des différentes tuniques. On a pu incriminer encore la voie des gaines lymphatiques périvasculaires, pour expliquer les lésions de périphlébite.

Le tréponème peut agir non seulement par sa présence, mais aussi par la toxine qu'il renferme dans son protoplasme; c'est elle qui, libérée par l'action de l'agent thérapeutique arsenical, est mise du même coup en évidence, au niveau des lésions syphilitiques : chancre ou syphilide cutanéo-muqueuse, par la réaction d'Herxheimer. Cette réaction est caractérisée par une accentuation passagère de la lésion, dont la périphérie s'entoure d'une zone érythémateuse avec un léger boursouflement.

(On attribue également à l'action neurotrope de la toxine du tréponème, la réaction de Neisser qui consiste dans l'apparition d'une éruption rubéolique fugitive, après une injection arsenicale, alors que le malade ne présentait aucune manifestation cutanée.)

C'est à cette même toxine qu'il faut rapporter les

lésions du phlébo-sclérose que l'on rencontre à la période tertiaire dans les cas où le tréponème est absent de la lésion. Remarquons que, dans tous les cas, histologiquement, c'est la réaction du tissu conjonctif qui prédomine et rarement on trouve des formations nodulaires dues aux leucocytes. Au niveau de l'endothélium veineux, le tréponème est sans doute gêné dans son action par les anticorps du sang circulant, tandis que, au niveau de la couche sous-endothéliale, la réaction inflammatoire a des caractères subaigus ou même chroniques, caractères dus à la qualité du microorganisme ou de sa toxine.

Quant au mécanisme de la thrombose dans la syphilis veineuse, il ne diffère pas du mécanisme général de la thrombose des phlébites des maladies infectieuses, et c'est le même processus que l'on connaît qui s'applique en ce cas. Nous verrons plus loin le rôle qu'il faut attribuer aux modifications sanguines (hyperviscosité) et aux conditions anatomiques de la veine, conditions qui favorisent l'attaque de l'agent infectieux : replis valvulaires qui multiplient les contacts et favorisent la stagnation ; minceur de la lame limitante élastique interne qui favorise la propagation du processus inflammatoire parti de l'endoveine.

Si l'on étudie les lésions anatomo-pathologiques du début du chancre, on voit que, même avant son apparition, il existe des altérations des vaisseaux (Unna) ; dans les premiers jours de la période d'état, les vaisseaux apparaissent dilatés, entourés de cellules plasmatiques, avec un endothélium tuméfié et en karyokinèse. En outre des lésions de l'épiderme et du derme, l'examen histologique révèle parfois la présence de cellules géantes, à proximité des vaisseaux dont les tuniques sont infiltrées, prin-

cipalement celles des veines. L'oblitération ne se produit pas toujours, mais les vaisseaux sont rétrécis et comprimés par la masse serrée des cellules qui les entourent en une sorte de manchon. Ces altérations se poursuivent à une certaine distance et ont une tendance à gagner en profondeur, suivant la direction des vaisseaux sanguins qui sont beaucoup plus atteints que les vaisseaux lymphatiques. On peut constater la présence de tréponèmes au niveau des lésions péri et endovasculaires (Levaditi).

Mêmes remarques en ce qui concerne l'anatomie pathologique des syphilides papuleuses de la période secondaire.

Les lésions que l'on peut constater au début du chancre permettent donc d'expliquer la rapidité avec laquelle peuvent se développer les phlébites précoces superficielles.

En résumé, endovascularite et périvascularite, voilà le mode d'action qui caractérise le tréponème au niveau des lésions vasculaires que nous étudions, et que l'on constate facilement au niveau des veinules superficielles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour pouvoir bien saisir la nature des lésions de la phlébite syphilitique et rechercher ses caractères, il était nécessaire que la biopsie fut faite, et dans ce but Mendel en 1894, Thibierge et Monthus en 1898, firent la résection de la veine phlébitique chez leurs malades; le résultat de l'examen microscopique fut à peu près le même dans les deux cas, et les auteurs y ont décrit des lésions qui ne diffèrent pas de celles qu'on trouve dans un cas de phlébite banale avec thrombose. Dans l'examen histologique, il faut tenir compte de deux facteurs qui sont : l'âge de la lésion et l'étage au niveau duquel la coupe a été pratiquée. Ces deux facteurs permettent d'expliquer la présence ou l'absence du caillot et son état d'organisation au bout d'un certain temps; ils permettent également de se rendre compte des modifications que l'élément pathologique apporte dans la structure de la veine.

La lumière de la veine peut être libre ou occupée par un caillot qui occupe en totalité ou en partie cette cavité; il peut avoir une situation variable par rapport à l'endothélium veineux; il peut être sessile, pédiculé ou totalement adhérent à toute la surface endothéliale, et alors la lumière qui occupe le centre du caillot est en général étroite, irrégulière.

Ce caillot s'organise toujours rapidement, les globules

rouges qui le composent se déforment et se transforment, plus tard, en une masse brunâtre, granuleuse, au sein de laquelle on trouve des petites cellules rondes et les filaments de fibrine, avec apparition de vaisseaux de néo formation.

L'endothélium veineux est normal, ou modifié et disparu, selon que le caillot adhère ou non à la paroi. Les lésions de la couche sous-endothéliale sont, en général, très marquées; cette couche s'épaissit, prolifère et bourgeonne dans la lumière de veine; elle est infiltrée de petites cellules rondes avec adjonction de tissu fibrillaire. La couche élastique très mince est souvent respectée, les tuniques moyennes et externes sont le siège de lésions variables, parfois à peu près nulles; dans d'autres cas, au contraire, elles sont épaissies, envahies par du tissu conjonctif à trame épaisse, avec cellules rondes ou fusiformes.

Les vasa-vasorum présentent également des lésions inconstantes; elles seraient fréquentes, d'après Neisser et Hoffmann, qui ont même constaté la présence de cellules géantes au niveau de ces mêmes lésions.

Nous allons donner ici, comme exemple le plus démonstratif, le résultat de la biopsie pratiquée par MM. Thibierge et Ravaut, paru dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux* du 14 avril 1910 :

« Le 8 mars, nous pratiquons l'extirpation d'un fragment de 5 centimètres de long, de la veine saphène interne droite, entre deux ligatures.

« La veine excisée forme un cordon souple, donnant la sensation d'une tige de caoutchouc plein, de 3 millimètres de diamètre environ. A la coupe, elle est presque totale-

ment oblitérée, et on trouve avec peine au centre un vestige de sa cavité.

« La veine est sectionnée aseptiquement suivant sa longueur, ce qui permet de constater qu'elle ne contient ni caillot, ni sang liquide, mais seulement une certaine quantité de sérosité qui sont sous la pression du vaccinostyle.

« *Recherche du Tréponème.* — Des frottis sur lame, de la paroi interne de la veine, sont examinés à l'ultra-microscope; on constate, au milieu de débris cellulaires, sur différents champs, cinq tréponèmes avec tous leurs caractères, dont deux seulement sont animés de mouvements propres. On n'y rencontre aucun microbe, ni aucune autre forme de spirilles ou filaments spiralés.

« Trois autres frottis, recueillis de la même façon, sont colorés à la largine et ne permettent de constater que deux Tréponèmes très nets.

« *Inoculation au singe.* — Aussitôt après l'excision de la veine (8 mars), on inocule un macaque rhesus, en deux points préalablement scarifiés au niveau de la région orbitaire droite et au bord libre de la paupière supérieure droite, avec de la sérosité provenant de la cavité centrale de la veine et par friction directe de petits fragments de la veine.

« Le 1er avril (vingt-quatre jours après l'inoculation) apparaît, au niveau de la région orbitaire, une macule rouge jambonnée de 5 millimètres sur 3 environ. Cette macule est légèrement surélevée, du fait de l'infiltration du tégument.

« Rien n'est visible au niveau de la paupière.

« Le 2 avril (vingt-cinq jours après l'inoculation) la lésion du rebord orbitaire devient plus nette.

« Au niveau du bord libre de la paupière, au point où ont été faites les scarifications, apparaît un œdème rouge foncé. Les 3, 4 et 5 avril, les lésions s'accentuent.

« Le 6 avril, la lésion du rebord orbitaire diminue d'intensité et est le siège d'une légère desquammation. La lésion du bord libre de la paupière est également moins nette. Le 8 avril, les lésions se sont encore légèrement atténuées; elles sont cependant encore très nettes, surtout celle du bord libre de la paupière, cette région permettant la comparaison avec le côté opposé resté indemne. Ces lésions expérimentales sont absolument superposables, et par leur incubation et par leurs caractères objectifs, à la description que nous avons donnée, en 1905, de la syphilis expérimentale de la paupière des singes macaques.

Examen histologique

« L'examen a porté sur plusieurs fragments de la veine : sur certains, la lumière était simplement rétrécie; sur d'autres, on voyait en plus un volumineux caillot intravasculaire.

« *Caillot.* — Sur une série de coupes colorées au nitrate d'argent, on observe une grosse masse oblitérant presque complètement la lumière du vaisseau. C'est un caillot qui, par endroits, paraît nettement séparé de l'endothélium par de petits espaces clairs et qui, sur la plus grande partie de sa base d'insertion, paraît solidement fixé à la tunique interne. Il est volumineux, ayant presque la hauteur de l'ensemble des tuniques de la veine, traversant à peu près

complètement la lumière vasculaire, si bien que son sommet arrive presque au contact d'un point de l'endothélium, diamétralement opposé à sa base d'insertion; son contour est assez régulier. On observe, à l'intérieur du caillot, des stratifications très denses dans lesquelles on ne peut reconnaître trace d'organisation. En somme, ce caillot donne l'impression d'un caillot déjà ancien.

« Les lésions des tuniques qui vont être décrites ont été observées sur des coupes où la lumière de la veine ne contenait pas de caillot.

« *Endothélium.* — La couche endothéliale est normale, sans aucune altération.

« *Couche sous-endothéliale.* — Elle a proliféré dans la lumière de la veine sous forme de bourgeons saillants, les uns coniques, les autres cylindroïdes, d'autres de forme irrégulière. Ces bourgeons ont des hauteurs différentes et peuvent grossièrement être comparés à des villosités faisant saillie à l'intérieur de la cavité intestinale. Ils donnent aussi à la lumière du vaisseau l'aspect d'une fente étoilée. Ils sont recouverts sur toute leur surface par l'endothélium sain. Ces bourgeons ont pour base la membrane limitante élastique interne qui, sur les coupes colorées à l'orcéine, est nette, presque régulièrement circulaire et nullement dilacérée; elle n'épouse pas les sinuosités des bourgeons. Ceux-ci sont essentiellement constitués par un relief d'un tissu conjonctif dense, fibroïde, ayant un peu l'aspect du tissu muqueux, parsemé de fibres musculaires lisses, réunies en petits faisceaux parallèles à l'axe du vaisseau. Ces faisceaux sont très isolés, indépendants et d'autant moins épais qu'on se rapproche de l'endothélium de la veine.

« Dans ces bourgeons, pas de vaisseaux, pas de fibres élastiques. La couche sous endothéliale est donc infiltrée de tissu conjonctif et très nettement augmenté d'épaisseur.

« *Tunique musculaire.* — On voit deux séries de faisceaux musculaires lisses; les uns parallèles à l'axe, les autres obliques. On y voit de nombreux vaisseaux sanguins. Aucune altération de la couche moyenne de la veine. Pas d'amas de leucocytes, sauf dans quelques espaces interstitiels, où on voit plusieurs mononucléaires qui ne sont pas répartis en îlots nodulaires.

« *Tunique externe.* — Le tissu cellulaire est normal, émaillé de cellules adipeuses et très vacularisé. Les vasa-vasorum sont béants et ne sont pas entourés d'îlots lymphatiques périvasculaires. Les vaisseaux pénètrent dans la couche moyenne et n'arrivent pas jusqu'aux fibres musculaires de la couche sous-endothéliale. »

Nous relatons ensuite la partie de l'observation histologique de MM. Etienne et Lucien, ayant trait aux lésions observées au niveau de la veine poplitée dont l'altération était concomitante avec celle de l'artère. L'examen fut fait après amputation.

Examen histologique

« Les lésions très nettes... sont toutefois limitées à une portion relativement faible du vaisseau. Toutes les tuniques de la veine ont participé au processus inflammatoire. L'endoveine présente des épaississements irréguliers de structure

fibreuse, la lumière du vaisseau est réduite ainsi à une sorte de fente étoilée. La couche moyenne est également très épaisse; les faisceaux musculaires en sont dissociés par de larges travées fibreuses qui viennent s'insinuer entre eux.

« L'adventice est composé d'un tissu fibreux très dense, pauvre en éléments cellulaires.

« En aucun point de la paroi, nous n'avons trouvé de ces petits amas leucocytiques, sorte de gommes militaires qu'on a considérées comme caractéristiques de la syphilis des veines. Dans notre cas, la veine poplitée présentait des lésions assez comparables à celles rencontrées au niveau de l'artère.

« Nous n'avons trouvé ni dans les artères, ni dans les veines, les lésions de vasa-vasorum signalées par Proksck. Nous devons dire que l'artère et la veine poplitée n'étaient pas seules atteintes, et nombre de petits vaisseaux cheminant dans le voisinage de ces gros troncs veineux présentaient aussi des lésions manifestes de leurs parois. »

Dans le cas du malade de notre observation nº 1, il était intéressant de rechercher quelles pouvaient être les lésions vasculaires et, en particulier, les lésions veineuses, au niveau de l'ulcération antéro-interne et supérieure de la jambe gauche, dont le centre était le siège d'un sphacèle étendu de la dimension d'un paume de main environ. Le Docteur Huffschmitt, interne du service, fit dans ce but un prélèvement, réséquant quelques millimètres tant en surface qu'en profondeur, en partie dans la région ulcérée, en partie au niveau des téguments en bordure de l'ulcération, de manière que les tissus pussent être étudiés dans leur continuité. La technique exécutée par le Doc-

teur Watrin, chef de clinique, pour la fixation, coupe et coloration, fut la suivante :

Fixation du fragment par le liquide de Bouin (Formol acétique picriqué) et inclusion dans la paraffine;

Coupes de 5 mu d'épaisseur;

Coloration par l'hémalum, puis par la méthode de Mallory, modifiée par Pierre Masson. L'hémalum colore en rose l'épiderme (1), et en brun les noyaux cellulaires; le trichromique, les différents autres éléments, dont le tissu fibreux et le collagène néoformé en bleu, et le tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que le chorion, en violet.

Examen histologique

1° Au niveau de la limite du tégument respecté par le processus ulcéreux, la couche cornée paraît normale; les stratum lucidum et granulosum, au fort grossissement, ne semblent pas présenter d'altération; on note seulement, au niveau du corps muqueux, des lésions d'acanthose et au niveau du derme un peu d'œdème du chorion. Les papilles sont à peu près normales.

2° Au niveau de la limite qui marque le bord de l'ulcération, les lésions sont un peu plus marquées. L'épiderme se termine brusquement en un bourrelet dont les éléments constituants s'amincissent et disparaissent complètement au niveau de l'ulcération; aux lésions d'acanthose, s'a-

(1) Plus exactement, nous dirons que la coloration de la couche cornée tire sur le rouge, tandis que le corps muqueux prend une teinte violacée.

joutent celles de parakératose. L'œdème du chorion donne ici au derme un aspect vacuolaire, l'infiltration leucocytaire apparaît plus marquée lorsqu'on se rapproche de l'hypoderme; on reconnaît, au milieu des fibres conjonctives abondantes, des cellules plasmatiques à noyau excentrique assez volumineux, et des lymphocytes. La limite du derme et de l'épiderme est effacée par place. Les lésions de sclérose et d'infiltration leucocytaire prédominent autour des vaisseaux.

Enfin, réparties de manière assez irrégulière, on trouve des granulations de volume variable, de couleur jaune foncé, parfois noire quand l'épaisseur est assez forte; ces granulations pigmentaires ne sont autre chose que de l'hémosidérine (1) dont la présence donnera au pourtour de l'ulcération sa coloration spéciale. Quelques macrophages ont, inclus dans leur protoplasme, de ces granulations pigmentaires.

3° Au niveau de l'ulcération même, toute trace d'épiderme a disparu. On se trouve en présence d'un tissu conjonctif œdématié, infiltré de cellules plasmatiques et de nombreux lymphocytes. Les vaisseaux congestionnés sont plus abondants que normalement ; ils sont entourés de tissu de sclérose, dans les mailles duquel on trouve de nombreuses cellules rondes.

Le pigment hémosidérique a disparu. Les lésions sont à peu près les mêmes au niveau de l'hypoderme. Mais les lésions les plus intéressantes sont celles qui présentent les

(1) L'*Hémosidérine* ou *pigment ocre*, est le produit de désintégration des globules rouges, qui se forme dans les extravasations sanguines et ne se dépose que dans le derme. Il présente les réactions du fer.

vaisseaux (1) et ce sont celles que nous allons décrire maintenant.

Artérioles et veinules d'un calibre variant de 30 à 150 mu, sont assez difficiles à différencier au premier abord, leurs caractères distinctifs ayant été effacés en partie par le processus inflammatoire. L'endothélium, dans quelques veinules thrombosées, a complètement disparu; sa paroi s'est épaissie et la lumière intérieure, quand elle n'est pas complètement occupée par un caillot, est obstruée en partie, le plus souvent par prolifération de l'endoveine. La couche moyenne, constituée normalement par des fibres conjonctives et élastiques, est ici épaissie par la présence de tissu collagène et infiltrée de lymphocytes; la couche rameuse présente les mêmes altérations diffuses. On ne trouve pas d'amas lencocytaires disposés en îlot.

Le caillot présente une structure variable suivant la veinule étudiée; s'il est récent, on peut encore distinguer des globules rouges en voie de désintégration; dans d'autres cas, quand le caillot est plus ancien, on reconnaît des traces d'organisation; les hématies ont disparu et sont réduites à l'état de masse granuleuse; on constate la présence de tissu fibroïde et de cellules migratrices.

A la suite de l'observation d'un malade atteint de gangrène superficielle d'origine phlébitique, Pasini a montré l'identité de cette affection avec celle désignée par Basin sous le nom de « syphilide tuberculo-ulcérante gangréneuse»; il a montré la différence qui existe entre elle et

(1) Nous étudions surtout les lésions des vaisseaux au niveau du plexus sous-dermique.

les gommes cutanées, et insiste sur le caractère fondamental de la gangrène cutanée disséminée d'origine syphilitique, qui est sa superficialité et sa limitation au derme proprement dit.

Par l'examen histologique d'un foyer gangréneux du prépuce de son malade, Pasini a pu établir que le processus pathologique résulte d'une altération des veines. Le tissu infiltré est constitué par la confluence de nombreux petits foyers dont chacun dépend d'un vaisseau veineux. L'altération initiale est une endophlébite proliférante primitive qui va graduellement en augmentant jusqu'à produire l'oblitération du vaisseau; peu après l'apparition du processus d'endophlébite, il se produit une infiltration lymphocytaire de la tunique moyenne et de l'adventice, et consécutivement, l'extension de plus en plus grande du processus d'infiltration au tissu conjonctif du voisinage. Les artères restent normales jusqu'au moment où elles sont atteintes par l'extension du processus d'infiltration.

En ce qui concerne les altérations sanguines dans la phlébite syphilitique, dans une observation de P. Gautier, que nous résumons, il est intéressant de noter certaines particularités :

Chez un malade de 72 ans, ancien spécifique, à la suite d'un effort minime, apparut une thrombo-phlébite de la veine humérale. Traitement mercuriel et guérison au bout d'un mois.

Les résultats de l'analyse du sang furent les suivants : La coagulation était normale. La pression sphygmomanométrique, la résistance globulaire, la teneur des hématies en hémoglobine et le pourcentage des globules rouges et

blancs étaient également normaux. Seule, la viscosité était augmentée. Le sang ne peut donc être incriminé comme cause unique de la thrombose veineuse. Pour que celle-ci se produise, il faut que la paroi veineuse soit altérée; un effort, sans aller jusqu'à produire une déchirure du vaisseau, peut arracher de petites veinules, tiraillées par des contractions musculaires, et à la lésion mécanique du traumatisme viendra s'ajouter l'action toxi-infectieuse du tréponème, dont le mode d'action ne diffère pas en certains cas de celui d'autres microorganismes connus.

Quant au rôle fondamental de la phlébite dans la genèse de certaines lésions spécifiques caractérisées, il a été mis en relief par MM. Nicolas et Favre qui ont décrit, à côté de la gomme, produit de nécrose brutale dans un territoire déterminé, véritable sequestre, nécrose par artérite oblitérante, une autre forme de lésions spécifiques de la peau, des muqueuses et des viscères, *les formations tuberculoïdes*. Dans ce cas, le début du processus d'infiltration et de dégénérescence (de même que le maximum de ce processus est leur plus grande preuve d'ancienneté) a pour centre, non pas l'artère, qu'on ne retrouve qu'à la périphérie du nodule et qui n'est envahie vraisemblablement que secondairement, mais une petite veine située au centre du nodule et atteinte de périphlébite, de phlébite et d'endophlébite oblitérante, ayant complètement obstrué sa lumière. Pour M. Nicolas, tandis que la lésion d'artérite oblitérante serait le facteur de la nécrose rapide de la gomme, cette phlébite syphilitique avec oblitération veineuse primitive, serait le facteur de la dégénérescence tuberculoïde et caséifiante de la syphilis.

SYMPTOMES

On peut rencontrer la syphilis veineuse aux trois périodes, primaire, secondaire et tertiaire de cette infection. A la période primaire, comme dans la période secondaire, la lésion spécifique est plus légère et plus diffuse qu'à la période tertiaire. Ce sont les veines dorsales de la verge qui peuvent être atteintes tout d'abord, et si on pratique systématiquement l'examen du système veineux de syphilitiques porteurs d'un chancre induré, on peut constater déjà, dès cette époque, des lésions de phlébite généralisée aux veines superficielles des membres. Cette phlébite syphilitique primitive ressemble en tous points à la phlébite syphilitique secondaire décrite par les auteurs et nous confondrons dans un même tableau ces deux phlébites qui ne diffèrent que par le moment de leur apparition, l'une au stade du chancre, l'autre à la période des accidents secondaires.

Les veines superficielles des membres le plus souvent atteintes par la syphilis sont *les saphènes* (1); quand la phlébite atteint les deux membres supérieurs, elle coexiste en règle générale avec celles des membres inférieurs (Mendel, Fournier, Thibierge).

(1) On a signalé exceptionnellement la phlébite de la tégumenteuse abdominale (Fournier) et du plexus pampiniforme (Arndt).

La lésion, au niveau d'un membre, atteint soit une ou plusieurs veines, et c'est en général *la saphène gauche interne* qui est le lieu d'élection de la phlébite. Assez souvent, *la veine symétrique* est prise, soit en même temps, soit dans un intervalle assez rapproché, et cette *multiplicité de phlébites* toute particulière à la syphilis, avec des *poussées successives*, comme nous avons pu l'observer dans un de nos cas, donne déjà au tableau clinique une allure déjà suffisamment spéciale. La *phlébite du membre supérieur droit* est ensuite la plus fréquente (7 cas sur 9).

La phlébite une fois installée pourra progresser, soit en aval dans la direction du cœur, soit en amont vers l'extrémité du membre, et c'est là le cas le plus habituel.

La symptomatologie de la phlébite syphilitique à son début peut être marquée par de la douleur parfois nocturne, de la fièvre, de la gêne fonctionnelle; mais le plus souvent ces symptômes sont peu marqués et la lésion arrivera à la période d'état sans être soupçonnée, si le médecin, averti, ne pratique une palpation méthodique sur le trajet des veines des membres, et c'est alors qu'il arrivera à constater les phénomènes qui peuvent passer facilement inaperçus.

A la période d'état, les signes physiques fourniront également plus de renseignements que les signes fonctionnels. Si on examine à jour frisant le trajet de la veine enflammée, on peut parfois constater une saillie de cet organe. A la palpation, on a l'impression d'avoir sous les doigts un cordon arrondi, plus ou moins régulier dans son calibre, mobile; la meilleure comparaison qu'on puisse évoquer en pareil cas, est celle qu'on éprouve en palpant un vaisseau « injecté au suif », ou encore un « tuyau de pipe ». La

dimension de ce cordon induré est en général proportionnelle au calibre normal de la veine, excepté au niveau des nids valvulaires ou le renflement est en général plus accentué (1).

La veine atteinte n'est pas adhérente à la peau susjacente, dont l'aspect ne présente pas de particularité en général; on peut en outre apprécier le niveau de la lésion, lorsqu'elle est circonscrite à un segment de la veine, qui peut être prise également en tolalité. L'œdème, l'hydarthrose, l'impotence fonctionnelle, les troubles nerveux n'apparaissent que très rarement; cela tient à deux causes: les veines lésées sont en général perméables jusqu'à un certain degré et, de plus, l'atteinte des veines profondes, de la veine fémorale en particulier, dans la phlébite du membre inférieur, est assez rare.

En résumé, cette forme de phlébite revêt une allure d'emblée subaiguë ou chronique; elle présente une symptomatologie assez restreinte et, en l'absence des signes fonctionnels, ce sont les signes physiques qui donneront le plus de renseignements.

Mais ce n'est pas là la seule manière dont la syphilis peut s'attaquer au système veineux superficiel, et nous allons décrire rapidement les deux autres modalités cliniques que le médecin peut être appelé à rencontrer (2):

---

(1) On a donné à cette phlébite, quand le renflement est particulièrement marqué, le nom de « Phlébite noueuse ». C'est là, à notre avis, une dénomination fâcheuse, car cela prête à confusion avec les formes nodulaires de phlébite des veinules du derme et de l'hypoderme. Il serait préférable d'employer, en pareil cas, le terme de « Phlébite moniliforme ».

(2) Signalons ce fait que le *livedo syphilitique* serait produit surtout par les lésions des veinules, d'après Schmidt.

L'érythème noueux syphilitique (Mauriac, Jullien, Hoffmann) est caractérisé par des nodosités *dermo-épidermiques*, mal limitées, confluentes, avec symptômes inflammatoires aigus; nodosités douloureuses au palper, en raison de leur situation, s'accompagnant d'un mouvement fébrile. On attribue ces lésions à des embolies microbiennes de faible virulence, relevant soit de la syphilis seule (Marcuse, de Beurmann), soit d'une infection mixte (Philippson). On rencontre cette affection surtout chez la femme, et on a distingué deux formes cliniques : l'une, aiguë précoce; l'autre, subaiguë.

A côté de cette forme existe un *érythème polymorphe syphilitique* qui est nettement influencé par le traitement (Nicolas, Oppenheim).

La phlébite syphilitique nodulaire est caractérisée par des nodules *hypodermiques* qui surviennent au cours d'une syphilis secondaire intense avec éruption de papules abondantes. Ces nodules se différencient des précédents, en ce qu'ils sont bien limités, aplatis, arrondis ou fusiformes, du volume d'un pois à celui d'une amande; la peau, en rapport avec eux, conserve une teinte normale, parfois à peine rosée. Ces nodules, spontanément indolents, sont légèrement sensibles à la pression; on les rencontre ordinairement au nombre de dix à vingt sur un même membre. Leur évolution est lente et ne marque pas de tendance au ramolissement, ni à l'ulcération, comme dans les productions gommeuses.

La phlébite syphilitique à la période tertiaire, soit sous forme de phlébite scléreuse, soit sous forme de gomme de la veine, revêt toujours une modalité froide, aplegmastique. Elle n'atteint guère que les veines profondes.

Ici comme toujours, c'est le palper qui donnera les renseignements sur la forme de la phlébite et l'étendue de la localisation.

Nous ferons remarquer, en passant, que la phlébite tertiaire semble être un cas de « noli me tangere », car, dans une observation citée par Langenbeck, où la résection de la veine fut pratiquée, le résultat fut la mort du patient par pyohémie.

DIAGNOSTIC

On donne ordinairement comme signes caractéristiques d'une phlébite à la période d'état, le trépied symptomatique suivant : *a*) Douleur; *b*) Œdème; *c*) Cordon induré.

On peut observer également d'une manière moins fréquente : des troubles nerveux (troubles de la sensibilité), des troubles trophiques et vaso-moteurs, de l'impotence fonctionnelle, de l'hydarthrose, etc., avec un état général variable suivant les cas. Or, dans la phlébite syphilitique, non seulement les troubles cités comme accessoires font généralement défaut, mais une ou même deux branches du trépied symptomatique peuvent manquer au tableau clinique, et si, par exemple chez un malade présentant des accidents spécifiques, on constate un cordon induré sur le trajet normal d'une veine superficielle, la douleur ou l'œdème, ou même ces deux symptômes étant absents à la fois, on devra penser à la phlébite syphilitique.

A la période primaire, comme à la période secondaire, le diagnostic différentiel de la phlébite avec *la lymphangite* est assez délicat. Cette dernière a comme caractère distinctif :

1° Sa *position*, lorsqu'elle n'est pas située sur un trajet veineux anatomique;

2° *L'engorgement ganglionnaire lymphatique* correspondant;

3° Le palper peut attester *la présence de la veine* à proximité;

4° En pratiquant *l'épreuve de Fournier*, qui consiste à comprimer le membre à sa racine, les veines superficielles deviennent alors turgescentes, si toutefois elles sont perméables. Néanmoins, la valeur de ces signes n'est pas absolue, et il est impossible de les appliquer en ce qui concerne les vaisseaux de la région dorsale de la verge.

Témoin ce malade dont Gaillard rapporte l'histoire dans sa thèse : il présentait un chancre induré de la verge s'accompagnant d'un cordon dur et moniliforme sur le trajet de la veine dorsale superficielle. Le Docteur Ravaut, pratiquant la biopsie, trouva des lésions d'endopérilymphangite oblitérante syphilitique. C'était la démonstration inverse de celle de Koulnieff qui, croyant avoir affaire à une lymphangite, constata chez un de ses malades au même niveau des lésions de phlébite.

En ce qui concerne *la phlégmasia alba dolens*, les caractères différenciels sont trop nombreux pour que nous ayons à revenir sur cette question; en cas de doute, on n'aura qu'à rechercher l'origine de la maladie.

La distinction avec *le phlegmon diffus*, *l'érysipèle* sera également facile à faire; nous n'insistons pas sur ces points.

La phlébo-sclérose, qui peut se rencontrer chez certains travailleurs, donne à la palpation la sensation d'un tube de caoutchouc aplati qui ne ressemble nullement au cordon induré, « injecté au suif », de la phlébite syphilitique.

La phlébite rhumatismale, rare il est vrai, ressemble en bien des points à la phlébite syphilitique, et chez un malade atteint à la fois de rhumatisme et de syphilis, il

n'y aurait pratiquement que le traitement qui puisse trancher la question.

La phlébite goutteuse, rare elle aussi, se distingue par son extrême mobilité; elle se localise rapidement sur les membres inférieurs, ses poussées inflammatoires sont irrégulières, l'œdème qu'elle détermine est très tenace.

On ne devra pas confondre les formes noueuses de la syphilis veineuse avec *le lipome*, ni avec *la myosité syphilitique*, cette dernière, sous forme de nodosités dures, allongées, se déplaçant avec le muscle pendant les mouvements actifs du malade.

On pourra demander au laboratoire d'apporter sa contribution au diagnostic en cas de doute, et si la réaction de Bordet-Wassermann est positive, après réactivation ou non, elle apportera au médecin un élément sérieux, sinon de certitude, dans l'orientation de ses recherches.

Enfin, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas tel que celui dont nous rapportons l'observation dans notre observation n° 1, le *diagnostic rétrospectif* de la phlébite syphilitique se pose : Ce malade a été atteint de phlébites qui ont revêtu l'allure de « Phlegmasia alba dolens».

Parmi les éléments du récit de notre malade, il faut retenir : *la localisation* sur le saphène interne du membre inférieur gauche, qui est très souvent notée par les auteurs. En outre, il est très probable qu'avant tout symptôme de « Plegmasia », la phlébite de la saphène était en évolution silencieuse et n'a été révélée que par l'atteinte du gros tronc veineux de la veine fémorale.

Ensuite, les deux éléments caractéristiques dans l'évolution ultérieure de la maladie et qui attirent tout de suite l'attention sont (exception faite des *ulcérations syphi-*

lutiques d'origine phlébitique que Dieulafoy et Blaschko signalent dans leurs observations) :

La récidive au niveau de la veine atteinte, car quand il s'agit d'une phlébite non spécifique, on peut prédire au patient qu'il est à l'abri de toute nouvelle poussée au niveau de la veine atteinte, quand la guérison est survenue.

D'autre part, *l'atteinte de la veine symétrique*, ici, après un intervalle d'un an, est encore un autre symptôme caractéristique. Enfin si l'on veut tenir compte des signes négatifs, on notera l'*absence de complications emboliques*. Le médecin ne doit jamais oublier non plus, dans son questionnaire, de demander avec insistance au malade, en pareille circonstance : « Avez-vous eu la syphilis? », et cela sous une forme plus ou moins directe, selon le malade.

PRONOSTIC

Le pronostic de la phlébite syphilitique des grosses veines superficielles est bénin; c'est une règle générale qui ne souffre pour ainsi dire pas d'exception, quand le diagnostic est posé en temps voulu. La durée, quand le traitement n'intervient pas, et sauf récidive, comme le démontre l'exemple de deux de nos malades, est d'un mois dans un cas, un mois et demi dans l'autre cas; au contraire, quand le traitement spécifique intervient, on peut assister à une guérison rapide, et avec la vieille médication mixte, mercurielle et iodurée, Charvot a vu, chez ses deux malades, le processus s'éteindre, pour l'un en deux jours, et pour l'autre en six jours; chez un malade de Fournier, l'affection s'est résolue au bout de six jours.

En moyenne, la disparition progressive de la phlébite syphilitique, avec le traitement mercuriel, s'effectue entre quinze jours et deux mois. Avec le traitement arsenical, ces délais sont beaucoup plus réduits.

Exceptionnellement, et au cas où il s'agit d'une syphilis maligne, l'affection a pu se prolonger pendant six mois (Mauriac, Hoffmann).

La *récidive* est rare si le traitement intervient, et nous pouvons affirmer aujourd'hui, grâce aux moyens thérapeutiques que nous possédons actuellement, que, si le malade observe scrupuleusement les prescriptions qui lui ont faites en pareils cas, c'est à-dire s'il peut éviter les causes occasionnelles de phlébite que nous avons énumérées plus haut et s'il continue le traitement nécessaire pen-

dant le temps déterminé et à doses suffisantes, il est à l'abri de toute nouvelle poussée phlébitique.

En fait de complications, sur les nombreux cas relatés par les auteurs, sans compter tous les cas passés inaperçus, on ne note qu'une seule observation d'*embolie* rapportée par Jullien, et encore cette complication n'eut aucune suite fâcheuse. La veine thrombosée reprend le plus souvent ses fonctions, le caillot très adhérent se résorbe, l'induration diminue et disparaît en peu de temps le plus souvent, sous l'influence du traitement.

Dans les cas de *gangrène* du membre inférieur, publiés par Roques, d'une part, et par MM. Etienne et Lucien, d'autre part, les lésions syphilitiques atteignaient non seulement les veines, mais aussi les artères, et, en ce cas, la symptomatologie de l'artérite est prépondérante; la guérison ne put être obtenue qu'au prix d'une amputation.

Enfin, quand il s'agit de *gangrène cutanée superficielle* ou d'*ulcération syphilitique superficielle*, un traitement spécifique énergique enraye rapidement le processus, et la cicatrisation s'opère dans de bonnes conditions, comme dans le cas cité par Passini et dans le cas d'une de nos observations.

En raison de sa richesse en anastomoses, les lésions du système veineux n'arrivent heureusement que fort rarement à aboutir à la gangrène. Dans le cas d'obstruction permanente d'une veine un peu volumineuse, il pourra se produire des *varices* dans les régions avoisinantes.

« Citons encore les *dyschromies* (de Maïeff) et les *œdèmes* chroniques et même éléphantiasis (Campana) dues à la phlébite syphilitique ».

TRAITEMENT

Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une des formes de phlébite syphilitique que nous avons décrites, la première chose à faire est de traiter la syphilis d'abord, le traitement qu'on met d'ordinaire en œuvre contre les phlébites d'autre nature n'étant ici qu'un adjuvant. On peut s'adresser aux différentes préparations mercurielles; leur énumération serait ici fastidieuse, et il nous suffira de retenir que, parmi les sels solubles de mercure, il en est que l'on peut injecter par voie intra-veineuse; le sel employé de préférence est le cyanure de mercure à raison de un centigramme tous les deux jours, selon la technique minutieusement décrite par S. Chauvet.

Actuellement, le traitement arsenical est préférable au traitement mercuriel dans le cas qui nous préoccupe, parce qu'il agit plus rapidement sur la lésion phlébitique, comme du reste sur tout accident syphilitique en évolution.

Nous ne parlerons ici que du 914 ou Novarsénobenzol (1) que l'on emploie couramment à la Clinique, en raison de la facilité de son application, grâce à la technique de

(1) Le Novarsénobenzol « Billon », préparé dans les établissements Poulenc frères, à Paris.

Ravaut, qui a préconisé l'emploi des injections intra-veineuses en solution concentrée (le produit arsenical se dissoud facilement dans une quantité minime d'eau distillée). Nous pensons que, dans le cas particulier, le traitement a le maximum d'efficacité pour deux raisons : la solution arsenicale arrive directement en contact avec la paroi endothéliale, et son minimum de dilution lui assure l'action la plus parfaite, surtout que les doses actuellement employées dans le traitement de la syphilis secondaire et tertiaire sont relativement faibles au début du traitement. Non seulement la solution injectée dans le courant sanguin conserve son activité thérapeutique, portée « loco dolenti », mais elle réalise également le traitement général de la syphilis. Le Novarsénobenzol peut être employé sous forme de lavement intra-rectal; mais ce mode d'administration, imaginé par Geley (d'Annecy), mis en pratique par Del Portillo et Weill, est peu utilisé dans le service. La voie intra-musculaire, dont un certain nombre de médecins font encore usage, est également peu employée.

Trop souvent on néglige, en pareil cas, le traitement ioduré. Nous croyons cependant qu'on peut bénéficier de l'action de cette médication, qui a le triple avantage d'être un médicament vasculaire, antiscléreux et antisyphilitique en même temps.

Thibierge considère l'iodure de potassium comme médicament prophylactique des localisations de la syphilis sur le système vasculaire. L'iodure favorise la phagocytose et abaisse la tension artérielle qui est, en règle générale, élevée chez les syphilitiques.

Mentionnons aussi le traitement sérothérapique (Quéry), que nous n'avons pu expérimenter.

On peut combiner enfin, dans un traitement mixte, les différents médicaments et associer, soit l'arsenic au mercure, soit l'iode au mercure, et on pourra obtenir des résultats que chaque médication, séparément, était incapable de fournir. Aussi nous ne croyons pas, comme le pense le Docteur Gaillard, que l'on puisse douter de l'efficacité d'un traitement spécifique bien conduit et que l'on ne puisse, en certain cas, prévenir l'apparition d'une phlébite syphilitique.

Si, dans les cas rapportés par Mendel, Panella et Campbell, la phlébite a pu survenir chez des malades en cours de traitement, c'est que le traitement institué n'avait pas l'intensité suffisante pour combattre une syphilis dont la virulence a pu se manifester par des accidents phlébitiques.

Localement, on peut agir par application, sur la peau, le long des cordons veineux, d'onguent mercuriel belladoné (Fournier), ou d'emplâtre de Vigo.

Le complément du traitement spécifique consistera à mettre le malade au repos au lit; on ne recourrera à l'immobilisation du membre en position élevée et au traitement antiphlogistique que dans les cas où l'allure de la maladie revêt celle de la « phlegmasia ».

Enfin, nous croyons que les malades pourront bénéficier très certainement de la cure hydrominérale faite soit dans les stations d'Uriage, Lamalou, Aix, Dax, etc., soit à Bagnoles-de-l'Orne.

OBSERVATIONS

Observation I (inédite)

(*Recueillie dans le service de M. le professeur L. Spillmann*)

Phlébites syphilitiques avec récidive. — Multiples ulcérations syphilitiques secondo-tertiaires des membres inférieurs.

Le nommé H..., Emile, 38 ans, cultivateur, marié et père de quatre enfants vivants, bien portants (la femme est également vivante et bien portante) se présente à la consultation de l'hôpital Maringer, le 11 janvier 1920, porteur d'ulcérations sur les deux membres inférieurs; l'une d'elle est le siège d'une plaque de sphacèle de la dimension d'une paume de main. Le malade entre, à la même date, dans le service de M. le Professeur L. Spillmann, salle 1, lit 16.

Antécédents. — Rien à noter dans les antécédents pendant la période d'enfance.

Durant son service militaire, H. nous a avoué, après maintes réticences, avoir contracté un chancre qui s'accompagnait d'un bubon au niveau de l'aine gauche. Le chancre, situé au niveau du frein, et dont il persiste encore actuellement la trace sous forme d'une induration très nette au palper, a été traité comme balanite et s'est cicatrisé au bout d'un mois environ. Neuf ans après ce premier accident, sans qu'il soit survenu de roséole, ou tout au moins, sans qu'on ait pu constater de manifestations de syphilis secondaire, H..., à la suite d'une chute dans un fossé, puis d'exercices violents, ressent un « coup de fouet » au niveau du mollet gauche. Malgré cela, il continue à travailler, et ce n'est qu'au bout de six semaines, après les phénomènes ressentis, que se déclare une phlébite de la saphène interne du membre inférieur gauche, avec les symptômes de la « phlegmasia alba dolens ». Douleur, œdème blanc, cordon induré, accompagnés de quelques phénomènes généraux fébriles. Il est

très probable, en ce cas, que la veine fémorale participait au processus inflammatoire.

Le médecin appelé prescrit le traitement suivant : immobilisation complète pendant vingt-cinq jours et enveloppements humides. Au bout de cinquante jours, le malade quitte le lit et reprend peu à peu son travail ordinaire.

Cinq mois environ après la guérison du malade, apparaissent spontanément deux petites ulcérations qui, au bout de quelque temps, s'agrandissent, suppurent et en arrivent à mesurer la dimension d'une pièce de 5 francs, l'une située à la face antéro-interne et supérieure de la jambe gauche, l'autre empiétant sur les faces externe et interne à la partie moyenne de la jambe. Le traitement institué, uniquement local, a consisté en pansements humides et onctions médicamenteuses; la cicatrisation ne s'opère qu'au bout d'un an.

Deux ans après l'apparition de la phlébite initiale (le malade avait 32 ans), au même niveau, une nouvelle poussée phlébitique s'installe, et le malade repasse par les mêmes étapes lors de la première atteinte; récidive également au niveau des cicatrices les ulcérations qui, depuis, jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, ne se cicatriseront plus. Même traitement que la première fois.

Enfin, deux ans après cette deuxième atteinte du système veineux, c'est la saphène interne du membre droit qui est atteinte à son tour et le malade, averti, observe le même traitement que précédemment. Cependant, à la suite de cette dernière phlébite, de nouvelles ulcérations apparaissent, de dimensions variables, allant d'une tête d'épingle au diamètre d'une pièce de 2 à 5 francs. On note l'apparition d'ulcérations sur la cuisse droite en 1918. Fait caractéristique : ces ulcérations ne sont précédées d'aucune tuméfaction préalable; elles suppurent abondamment ; la cicatrisation s'effectue lentement, et la cicatrice a comme caractère d'être souple, lisse, pigmentée, non douloureuse, à centre blanchâtre, cicatriciel.

Examen du malade. — Cet homme de 38 ans, sans tare alcoolique, assez affaibli de la suppuration persistante de quatre

ulcérations, dont l'une est le siège d'un sphacèle assez étendu, dont le début remonte au mois d'octobre 1919, présente quatre cicatrices d'ulcérations larges comme une pièce de 2 francs et d'autres plus petites, disséminées sur la cuisse gauche (pas de sucre dans les urines). La jambe, assez œdématiée, présente les quatre ulcérations en évolution : deux sont situées à la face interne, ce sont celles qui ont les plus grandes dimensions. Au niveau de la face dorsale du pied, on note une cicatrice d'ulcération. Au membre inférieur droit, on remarque également les cicatrices récentes des dernières ulcérations; deux sur la cuisse, deux sur la jambe, ayant les dimensions d'une pièce de 2 francs et présentant les mêmes caractères lisses, souples, pigmentées, non douloureuses au palper. La face dorsale du pied présente une dyschromie assez accentuée. En outre, le malade présente un léger ptosis de la paupière gauche, datant de cinq ans environ. La vision est excellente. En examinant la région lombaire du malade, on découvre alors à ce niveau quelques syphilides annulaires, papulo-circinées caractéristiques. La saphène droite interne est souple, mais légèrement dilatée.

La palpation permet de sentir, sur le trajet de la saphène interne gauche, un cordon induré ayant un peu la consistance d'un tuyau de caoutchouc épais, rond, de calibre un peu irrégulier, dont l'extrémité supérieure correspond à l'abouchement de la saphène interne dans la veine crurale. L'extrémité inférieure du cordon est difficile à percevoir, en raison de l'œdème que présente le membre. En résumé, le pronostic était à ce moment très réservé, tant en raison de l'état général du malade que sur l'évolution ultérieure de la plaque de sphacèle au niveau du membre inférieur gauche. Par acquit de conscience, on pratique la réaction de Bordet- Wassermann. Le résultat positif est annoncé le 20 janvier. Immédiatement, le malade qui, du reste, n'avait jusque là subi aucun traitement spécifique, reçoit le jour même une injection intra-veineuse de 0 gr. 15 de Novarsénobenzol.

Le 25 janvier, 0 gr. 30 ct.; le 28 janvier, 0 gr. 45 ct.; le

2 février, 0 gr. 45 ct. Entre ces injections, on fait quotidiennement, pour réaliser un traitement intensif, des injections intramusculaires de 0 gr. 02 de biiodure de mercure. Pansements humides locaux.

Les syphilides lombaires, sous l'influence de cette médication, disparaissent rapidement; seule paraît plus lente à se cicatriser, l'ulcération principale de la jambe gauche qui s'est détergée au bout d'un mois après élimination de la partie sphacelée, montrant une perte de substance assez considérable et qui donne à l'ulcération un aspect anfractueux; des bourgeons apparaissent au centre de l'ulcération. Les trois autres ulcérations marquent une forte tendance à la cicatrisation. Mais à la date du 3 février, alors que le malade avait déjà reçu huit injections intra-musculaires d'Hg et quatre intra-veineuses de Novarsénobenzol, il se trouve pris de malaises généraux. Le 4 février, la température monte à 39°5 et on note à ce moment une quantité appréciable d'albumine dans les urines.

On suspend tout traitement. Les phénomènes s'amendent rapidement et on reprend prudemment le traitement arsenical seul, en tâtant le terrain au début par des doses faibles; le malade conservant des traces d'albumine dans ses urines.

Le malade reçoit, le 26 février, une injection intra-veineuse de 0 gr. 15 de Novarsénobenzol; 1er mars, 0 gr. 15; 6 mars, 0 gr. 30; 10 mars, 0 gr. 45; 17 mars, 0 gr. 60; 24 mars, 0 gr. 75; 31 mars, 0 gr. 75.

L'albumine, pendant cette période, non seulement n'a pas augmenté, mais, vers la fin du traitement, avait disparu complètement.

Le 15 mars, l'ulcération principale de la jambe gauche a diminué de moitié de surface, et les trois autres ulcérations se sont complètement cicatrisées. L'œdème a disparu presque complètement.

La palpation révèle une amélioration notable au niveau de la saphène, dont le volume et l'induration ont diminués, mais celle-ci est encore perceptible. Le 15 avril, l'induration a disparu; la jambe gauche présente encore un peu d'œdème dur.

L'ulcération est réduite à la dimension d'une pièce de 5 francs environ.

Le malade sort le 1er mai, incomplètement guéri.

Observation II (inédite)

(*Recueillie dans le service de M. le professeur Michel*)

Phlébite syphilitique double des saphènes (syphilis ignorée).

Le nommé S..., André, âgé de 43 ans, ouvrier, entre le 23 novembre 1919 dans le service du professeur Michel; il est porteur d'une ulcération au niveau de la face interne de la jambe droite.

Antécédents familiaux. — Père vivant bien portant. Mère morte à 60 ans, de maladie d'estomac (?). Deux sœurs et deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Rien de particulier jusqu'en 1918. S... est célibataire, il nie tout antécédent vénérien, et on ne peut, du reste, trouver trace d'accident primaire.

Le 15 mai 1918, S... est victime d'un tamponnement de chemin de fer; il entre à l'hôpital de Saint-Nicolas-du-Port; le médecin constate cinq fractures simples de côtes du côté droit; quelques phénomènes fébriles apparaissent. Le malade est au lit depuis huit jours, son thorax immobilisé au moyen de bandage approprié, lorsque se déclare une phlébite des saphènes de la jambe droite, marquée par de la douleur au niveau des saphènes que le palper révèle sous forme d'un cordon, et de l'œdème qui remonte jusqu'au genou. Cinq jours après cette phlébite, la jambe gauche est prise à son tour, et les mêmes symptômes apparaissent aux mêmes niveaux.

Les membres inférieurs sont alors immobilisés dans une gouttière et au bout de trente-cinq jours, les phénomènes ayant rétrocédé, le malade a pu marcher, ne présentant plus qu'un peu d'œdème qui disparaît par le repos.

Le malade quitte l'hôpital le 15 août 1918, ayant toujours un peu d'œdème quand il se fatigue à marcher. Au début du mois d'octobre 1919, S... reçoit un coup de pelle au niveau de la face interne de la jambe droite; il en résulte une petite plaie linéaire de quelques centimètres de long, à laquelle le malade n'attache pas d'importance. Cette plaie ne se cicatrisant pas, et ayant augmenté d'étendue, acquiert les dimensions d'une pièce de 2 francs, avec bord taillé à pic et suppure, lorsqu'il se décide à entrer à l'hôpital civil de Nancy; il est placé dans le service de M. le professeur Weiss, salle 1, lit nº 16.

L'ulcération paraissant à cette date de nature suspecte, on décide de faire la réaction de Bordet-Wassermann. Le résultat est négatif. On tente un traitement d'épreuve. On met le malade au traitement ioduré jusqu'à dose de 7 grammes « pro die » et une injection intra-veineuse de Novarsénobenzol de 0 gr. 15 est pratiquée le 15 novembre 1919.

A la suite du traitement ioduré, une conjonctivité assez intense se déclare, et on interrompt, pour cette cause, le traitement. Vu à l'ophtolmoscope, au service de M. le professeur Rohmer, le malade ne présentait aucune lésion au fond de l'œil. Après l'injection de Novarsénobenzol, on remarque dans les urines la présence d'une certaine quantité d'albumine (1 gr.). Le malade est transféré à l'hôpital Maringer, le 12 décembre 1919, dans le service de M. le professeur Michel.

A ce moment, on constate que le malade présente un état général bon. Légère inégalité pupillaire. Ensellure au niveau des os de la racine du nez. On note de la pigmentation bronzée au niveau des faces externe et interne des deux jambes. Pas de cordon phlébitique perceptible. L'ulcération, bourgeonnante, de la dimension d'une pièce de 1 franc environ, est située à la face interne de la jambe droite, au niveau du tiers moyen et à deux travers de doigts de la crête du tibia, qui ne présente aucune exostose, ni déviation. Le malade présente encore, à cette date, de l'albumine dans ses urines (0 gr. 50); on le met au régime lacto-végétarien déchloruré. Traitement local de l'ulcération par des pansements humides. Au bout d'un

mois, le malade ne présente plus que quelques traces d'albumine dans ses urines; l'ulcération, à cette époque, les mêmes dimensions d'une pièce de 0 fr. 50 centimes avec contours légèrement polycycliques, et présence, à quelques distances de sa bordure, de quelques petites pustules. Dans un but de réactivation, on fait une injection (le 9 février 1919) de 0 gr. 15 de Novarsénobenzol: pas de réaction fébrile; mais l'albumine urinaire remonte à 1 gramme. Le Bordet-Wassermann pratiqué le 15 mars est encore négatif; on remet le malade au régime. L'ulcération se cicatrise vers la fin du mois de mars, tandis que les tissus en bordure présentent une réaction hyperkératosique marquée.

Observation III

(*Gaillard*)

Phlébites multiples au stade de chancre

Le nommé D..., Emile, âgé de 20 ans, serrurier, se présente le 6 mai 1910, à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, porteur d'un chancre syphilitique sous-préputial typique. En palpant les veines superficielles des membres, nous trouvons des lésions de phlébite dont la description va faire l'objet de cette observation. C'est un jeune homme de 20 ans, pâle, d'apparence un peu grêle, et que son métier de serrurier oblige à rester debout toute la journée.

Il supporte bien cette fatigue et n'a jamais eu ni douleur, ni lassitude dans les jambes.

Antécédents. — Rien de particulier.

Histoire de la maladie. — La syphilis dont il est atteint aurait pour origine un coït avec une femme de passage qu'il n'a jamais revue, et qui remonterait au 20 mars 1910. Vers le 15 avril, c'est-à-dire vingt-cinq jours après, il vit naître sous le prépuce un petit bouton qui s'agrandit de jour en jour. Il entre, le

7 mai 1910, salle Devergie, lit nº 35, dans le service de M. le docteur Thibierge, à l'hôpital Saint-Louis. L'examen des organes génitaux montre, sous le prépuce, à gauche de la ligne médiane, une érosion de la dimension d'une pièce de 0 fr. 25, de couleur rouge jambon, notablement surélevée, et accompagnée d'une induration très nette de la base. Le prépuce rabattu cache le chancre, mais la verge esquisse vaguement l'aspect d'un battant de cloche.

Dans les aines, pléiade ganglionnaire bilatérale, indolore, et plus accentuée à droite. Le malade est au vingt et unième jour de son chancre; on ne constate ni roséole sur le tronc, ni syphilides muqueuses.

Examen des veines. — L'exploration des veines superficielles de la cuisse droite fait sentir à la palpation sur le trajet de la veine saphène interne un cordon dur, mobile, non adhérent à la peau et qui roule sous le doigt; pas d'adhérences aux plans profonds; la consistance des veines est celle d'un vaisseau injecté au suif; pas de rougeur le long du cordon, pas de saillie appréciable à la vue, pas d'œdème. Ce cordon se continue en bas sur la face interne de la jambe, où la veine saphène interne est également indurée. Il se termine brusquement en haut, au tiers supérieur de la cuisse, à l'endroit où la veine saphène interne vient s'aboucher dans la veine fémorale au milieu du triangle de Scarpa.

A la cuisse gauche, on sent également un cordon induré, gros comme un chalumeau de paille, qui prend naissance au niveau du plateau tibial et qui se prolonge en haut vers la racine de la cuisse, pour se terminer brusquement, comme celui du côté droit, au point d'abouchement de la saphène dans la veine fémorale. Sur le trajet de ce cordon, on voit sur la peau, à partir du plateau tibial, une traînée brunâtre, large de 3 millimètres, que l'on peut suivre jusqu'à 10 centimètres au-dessus du condyle interne. Remarquons ici que le cordon qu'on trouve à la face interne de la cuisse droite est plus nettement résistant et plus net que le cordon de gauche. A la face interne de la jambe droite, on sent un cordon de même nature, mais sa consistance

est moins ferme qu'à la cuisse; on ne le perçoit qu'au milieu des deux tiers supérieurs de la jambe, sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

A la jambe gauche, rien de pareil sur le trajet de la saphène, qui est saillante, légèrement dilatée, mais reste souple et ne laisse percevoir aucune induration. Aux deux bras, les veines céphalique et basilique ont la consistance d'un cordon dur, ainsi que les veines du pli du coude; mais on ne perçoit rien de semblable sur le trajet des veines superficielles de l'avant-bras.

Signes fonctionnels. — Localement, au niveau des membres, le malade n'a jamais eu ni douleurs, ni fourmillements, la palpation des veines n'en révèle pas davantage. Pas d'œdème aux jambes.

Signes généraux. — Depuis huit jours, le malade accuse de la céphalée frontale. Vers trois heures de l'après-midi, il se sent pris de lassitude et d'envie de dormir. Actuellement, pas de fièvre.

Examen de la rate. — A la percussion, la rate est nettement hypertrophiée; sa matité est perçue à partir du rebord des fausses côtes et remonte au niveau de la saillie axillaire sur une hauteur de 10 centimètres environ.

11 mai. — A la face interne de la jambe gauche, sur le trajet de la saphène interne apparaît un cordon dur que l'on aperçoit au niveau des deux tiers supérieurs de la jambe.

12 mai. — Prélèvement d'un fragment de la veine de la saphène interne au tiers supérieur de la cuisse droite. L'examen histologique montre une prolifération de la couche sous endothéliale qui bourgeonne dans la lumière de la veine. Pas de caillot, ni de lésions des autres tuniques.

23 mai. — Le malade sort de l'hôpital sans roséole, ni syphilides.

Traitement. — Le malade prend par la voie buccale, 0 gr. 05 d'arséniate de soude par vingt-quatre heures.

Observation IV

(*Thibierge et Ravaut*)

Syphilis secondaire et phlébites multiples des membres

P. M..., garçon de café, âgé de 29 ans, entre le 25 février 1910 à l'hôpital Saint-Louis pour accidents syphilitiques secondaires. Le début de sa syphilis remonte au mois de décembre 1909; à cette époque, il avait, au niveau du menton, un bouton qui fut coupé par le coiffeur; le 15 décembre, il se présentait à la consultation de l'hôpital Saint-Louis où on lui ordonnait des pilules de Dupuytren.

A son entrée à l'hôpital, il présente une éruption abondante de syphilis papuleuses, les unes à larges éléments, les autres de petites dimensions (syphilides folliculaires), des plaques syphilitiques de la verge, du scrotum et du pharynx. Il n'a ni céphalée, ni chute de cheveux. Il s'agit en somme d'une syphilis assez banale, mais avec éruption cutanée assez abondante.

Le 7 mars, en examinant le malade, en explorant ses membres inférieurs pour se rendre compte du degré d'infiltration des lésions syphilitiques, l'un de nous, en passant fortuitement la main à la face interne de la cuisse droite, constate la présence d'un cordon dur, du volume d'une plume d'oie, régulier, s'étendant sur les deux tiers inférieurs de la cuisse suivant le trajet de la veine saphène interne. Ce cordon est peu douloureux. Le malade déclare cependant que, depuis deux jours, il éprouve une certaine gêne et un peu de douleur, dont il se disposait à se plaindre. On peut, en effet, sentir à la face interne de la jambe plusieurs cordons durs présentant les mêmes caractères que celui de la cuisse, correspondant aux veines superficielles. En aucun point, on ne trouve de rougeur; pas d'œdème du membre.

A la jambe gauche, bien que le malade n'éprouve aucune douleur, on constate un cordon semblable à celui de la jambe droite. Le 8 mars, nous pratiquons l'extirpation d'un fragment

de 5 centimètres de long, sur la saphène interne droite, entre deux ligatures. (Nous avons donné au chapitre: *Anatomie pathologique*, le résultat de cette biopsie.) Les jours suivants, les lésions de la jambe gauche augmentent; la saphène interne indolore spontanément et la pression, au niveau du mollet, forme un petit tuyau de pipe qui se prolonge à la partie interne de la cuisse.

Le 17 mars, on constate la présence d'un cordon dur à la face antérieure de l'avant-bras droit, sur le trajet d'une veine superficielle. Le malade n'a pas de fièvre, il se sent seulement un peu faible. Le 21 mars, des lésions analogues commencent à se produire à la partie antérieure de l'avant-bras gauche.

Le 26 mars, le malade se plaint d'une douleur légère au niveau du pli du coude et du bras droit. Les jours suivants, le nombre des veines atteintes augmente au niveau des avant-bras. Le 14 avril, les veines atteintes sont moins volumineuses, un peu moins fermes qu'au début, mais les cordons sont toujours perceptibles au niveau de toutes les veines précédemment enflammées. Le malade a été soumis au traitement par des injections d'huile grise; les lésions cutanées sont sensiblement atténuées.

Observation V

(*Darier et Civatte*)

Phlébites syphilitiques nodulaires des membres (Résumé)

Alphonse V..., âgé de 36 ans, ouvrier vigoureux, se présente à la consultation du 30 janvier 1905 couvert d'une éruption de syphilides typiques. On ne retrouve pas de trace de l'accident primaire, du reste nié formellement. Il entre dans le service le 7 février. On constate à ce moment une roséole à larges taches lilacées, quelques-unes ortiées.

Des papules lenticulaires, résistantes, jambonnées, abon-

dantes et disséminées un peu partout; un grand nombre d'éléments sont papulo-squameux, quelques-uns papulo-croûteux. Des croûtes au cuir chevelu, disséminées.

Des ganglions indurés, mobiles, indolents dans les deux aines. Le 14 février, on note l'apparition de deux érosions opalines sur le voile du palais et une érosion à enduit diphtéroïde dans le sillon gingivo-labial inférieur.

L'examen rhinologique décèle une ulcération de la cloison des fosses nasales à droite.

Un iritis de l'œil gauche, avec son cortège de symptômes, se déclare le jour de l'entrée du malade; les jours suivants, apparition près du bord pupillaire de l'iris d'un petit nodule jaunâtre de la grosseur d'une pointe d'épingle, avec infiltrat périphérique brunâtre gros comme un grain de millet. Enfin on remarque en différents points de membres, apparues en même temps que les papules, des nodosités dures circonscrites, dont le malade s'est aperçu par palpation. Ces nodosités arrondies ou ovalaires, du volume d'un pois ou d'un haricot, sans gangue œdémateuse, font une saillie peu appréciable dans certaines positions. Leur mobilité sur le plan aponévrotique permet de le déplacer de quelques centimètres. Ils sont mobiles sous la peau qu'on peut plisser. Le tegment n'offre aucun changement de coloration à leur surface. *Topographie* : un seul nodule en avant de la masse des muscles épicondyliens sur le membre supérieur droit. Trois nodules, dont deux au-dessous de la saignée et le troisième à la face postérieure de l'avant-bras gauche. Sur le membre inférieur droit, quatre nodules au devant de la jambe dans sa moitié inférieure, et un en dedans du plateau interne du tibia. Sur le membre inférieur gauche, un nodule au-dessus du coup de pied, sur la crête du tibia; un entre les deux jumeaux; deux, sur la face interne de la cuisse.

L'examen histologique a révélé une véritable néoplasme qui donne lieu, dans la lumière de la veine qui occupe le centre du nodule, à une endophlébite oblitérante, et, d'autre part, qui infiltre la paroi veineuse en dissociant la tunique musculaire. On constate, en outre, la présence de cellules géantes.

C'est, en somme, un syphilôme de la paroi veineuse, sorte de « papule hypodermique ».

Observation VI (inédite)

(*Due à l'obligeance de M. le professeur Perrin*)

Phlébite du membre supérieur gauche, et Phlébite mammaire syphilitique à la période tertiaire (Résumé).

Mme B..., âgée de 28 ans, blanchisseuse, veuve de syphilitique tuberculeux, entre à l'hôpital le 16 mai 1904.

Antécédents. — Elle déclare avoir eu, à 24 ans, au genou droit, une gomme spécifique, guérie par le traitement mixte iodo-mercuriel. Il y a six mois, la malade présenta un cordon induré sur la face dorsale de la main gauche, au niveau de la salvatelle; depuis un mois, ce symptôme s'est atténué, mais le membre supérieur enfle, ainsi que la partie antérieure gauche du thorax. La veine humérale est perceptible sous forme d'un cordon induré. A son entrée à l'hôpital, la malade accuse une sensation de gêne et des élancements douloureux, irréguliers, au niveau du membre supérieur gauche; au niveau du sein gauche, on perçoit une série de noyaux durs représentant un cordon veineux moniliforme. On note également de l'induration pulmonaire du sommet droit et une légère ectasie veineuse des veines superficielles des membres inférieurs. Pas de température.

Amélioration lente des lésions à la suite du repos et traitement antiphlogistique.

Le traitement mixte, refusé jusque là par la malade, institué le 29 juin, améliore rapidement l'état de Mme B..., qui sort guérie à la fin du mois de juillet.

Observation VII

(*Pasini*)

Syphilides tuberculo-ulcérantes gangréneuses cutanées disséminées, d'origine phlébitique (Résumé).

Il s'agit d'un homme de 35 ans, non alcoolique, ni grand fumeur, qui contracte la syphilis en mai 1903; le mois suivant, éruption papuleuse lenticulaire disséminée; en septembre, apparition sur le raphé médian d'un scrotum d'un foyer d'infiltration, arrondi, dur, indolent, qui augmente rapidement de surface, sans s'étendre en profondeur et se transforme subitement en une eschare noirâtre et mollasse; après la chute de l'eschare, il reste une excavation grisâtre qui se répare complètement dans l'espace de quatre semaines, par prolifération de son fond et laisse une cicatrice plane et blanchâtre. Dans les derniers jours d'octobre apparaissent deux autres taches gangréneuses, égales à la précédente, l'une sur le scrotum, l'autre sur le prépuce, en novembre, une autre sur la région scapulaire; en février 1904, une nouvelle sur le front, en août 1904, une, derrière le pli génito-crutal gauche. Toutes les taches ont passé par quatre stades différents: 1° infiltration; 2° gangrène; 3° élimination; 4° cicatrisation. L'état général du malade s'est toujours maintenu bon pendant l'apparition des manifestations. Il a été soumis à un traitement énergique par des injections de sublimé.

Observation VIII

(*Gastou et Bloc*)

Syphilis veineuse des membres et pigmentations

Il s'agit d'un malade qui présente sur les deux jambes, autour de cicatrices circulaires blanchâtres, des pigmentations brunâtres qui s'étendent également en traînées sur les parties de la jambe où n'existent pas de cicatrices, et qui a, en outre, sur les bras, le tronc et l'abdomen, des traînées violacées donnant l'apparence de suggillations et de pigmentations se rencontrant dans le cours d'une syphilis s'étant manifestée par des troubles de la circulation veineuse, il nous parut plausible de les imputer à la syphilis.

Quoique dans l'histoire clinique du malade, il n'y eût pas la notion nette d'un antécédent chancreux, le Wassermann fut fait à deux reprises différentes. Une première fois, il fut douteux. Une deuxième fois, quinze jours après, il donna un résultat positif. Nous présentons le malade :

1° Pour attirer l'attention sur les accidents veineux de la syphilis à forme vasculo-pigmentaire;

2° Pour discuter la pathogénie simplement veineuse ou neuro trophique de ces accidents (notre malade, en effet, a eu sûrement le système nerveux touché);

3° Pour montrer les variations fréquentes du Wassermann, tenant aux techniques employées ou à son interprétation clinique.

Voici l'histoire du malade :

V..., 23 ans. — Les grands-parents auraient été sujet à des douleurs articulaires. Sa mère a eu du rhumatisme (?) et des coliques néphrétiques. Son père a eu des ulcères variqueux; il est mort du cancer (?). Comme antécédents personnels chez le malade, on note : rougeole dans l'enfance, grippe à 20 ans. A 21 ans, après avoir pris froid dans l'eau, poussée douloureuse

dans les jambes, l'immobilisant dix jours. Au régiment, plaies sur les jambes, ayant cédé à dix jours de traitement par l'onguent mercuriel.

Depuis lors, fréquemment douleurs et élancements dans les jambes. A 27 ans, anémie profonde. Grosseur au creux poplité, adénopathies inguinales ayant duré trois à quatre ans.

Il y a deux ans, enflure des chevilles, éruption ecthymateuse aux jambes, et consécutivement apparition de taches pigmentées et violacées. L'éruption ecthymateuse a duré un mois.

En avril 1913, brusquement, sensation de pied mort, les pieds et les chevilles enflent et les taches violettes réapparaissent. En même temps, douleurs à caractères fulgurants dans les mollets. En dehors des manifestations cutanées, aucun trouble organique. Rien dans les urines. Il existe une légère atrophie des membres inférieurs. Les réflexes rotuliens sont exagérés, et il y a du retard pupillaire à l'accommodation. Pas d'autres troubles ou signes du côté du système cérébro-spinal ou périphérique.

Observations IX et X

(*Par W. Frieboës.*) *Résumées par C. Audry*

Phlébites syphilitiques de la face

Blaschko a déjà publié un cas de phlébite syphilitique de la face, caractérisé par des petits nodules durs, disséminés, dont la structure histologique était phlébitique.

Chez un premier syphilitique de Friboës, il existait à côté de chaque œil un cordon dur, du volume d'un crayon, qui fut guéri par le traitement spécifique.

Dans le second cas, il existait à la face des infiltrats discoïdes et en cordon sous-cutanés, suivant l'axe des vaisseaux sanguins. Il existait, en outre, un vaste infiltrat brun du front et du cuir chevelu présentant des épaississements de même forme (disque, cordons).

L'examen microscopique montre l'existence d'un « granulôme » disposé en territoires nodulaires plus ou moins circonscrits, avec ou sans cellules géantes. Les territoires nodulaires auraient pour siège ou pour centre des veines extrêmement altérées, souvent complètement oblitérées par une endophlébite à cellule géante. Dans l'ensemble, il s'agissait de belles lésions de phlébite et de périphlébite, dont la nature syphilitique n'était pas douteuse, bien qu'on n'y ait pas coloré de tréponèmes. Il existait aussi des lésions d'endartérite oblitérante considérables. La lésion guérit rapidement par le traitement spécifique.

CONCLUSIONS

1° La syphilis peut atteindre le système veineux à toutes les périodes de la syphilis;

2° La phlébite syphilitique est plus fréquente qu'on ne croit et elle revêt une modalité clinique souvent spéciale;

3° Dans la syphilis veineuse, plusieurs vaisseaux sont atteints en général, et ce sont de préférence les veines superficielles des membres;

4° Le pronostic de la phlébite syphilitique est bénin quand, le diagnostic étant posé, on fait agir avec rapidité le traitement; celui-ci se résumera dans une cure d'arséno-benzol ou de cyanure de mercure, administré par voie intra-veineuse, en observant toutes les règles édictées pour l'administration de ces médicaments.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Audry. — Annales de Dermatol., 1906, p. 187.
Bock. — Bulletin Soc. belge de Derm. et Syph., nov. 1901, p. 18.
B. de Bengoa. — Revista de los Hospitales, sept. 1913, p. 491.
Brunon. — Normandie médicale, février 1914.
Campana. — Mal. del cuore.
Chaput. — Journal de Méd. et Chir. prat., juillet 1916, p. 506.
S. Chauvet. — Monde médical, 1920, p. 34.
Darrier et Civatte. — Annales de Dermat, 1905, p. 267.
Dieulafoy. — Clinique médicale 1906, 13e leçon.
Druelle et Blum. — Annales de Mal. vénér., octobre 1914.
Etienne et Lucien. — Annales de Dermat., 1909, p. 545.
Fordyce. — New-York, Méd. Journ., février 1915.
Fournier. — Traité de la Syphilis, tome I, p. 705.
Friboës. — Dermat. Zeitschrift, 1913, p. 125.
Gaillard. — Thèse, Paris 1911.
Gastou et Bloc. — Bulletin soc. fr. Dermat. et Syph., 1913, p. 546.
Gautier. — Rev. Méd. Suisse romande, sept. 1913.
Gougerot et Clara. — Annales des Mal. vénér., 1918.
Gilbert et Carnot. — Tomes 7, 14 et 25.
E. Hoffmann. — Archiv. f. Dermat. ù Syph., tome LXXIII, p. 39 et 244.
Lacapère et Laurent. — Traitement de la syphilis, 1919.
Langenbeck. — Archiv. f. Klin. chir., 1881.
Lutembacher. — Monde médical 1913, p. 682.
Marcus. — Annales de Derm., 1906, p. 890.
Marcuse. — Archiv. f. Dermat. ùnd. syphil. 1902, tome LXIII, p. 3.

Nattan-Larrier et Brindeau. — Archiv. de Biol., séance du 27 juin 1906.

Ch. Norris. — Surgery, Gynecand Obst., sept. 1915, p. 268.

Parvu. — Thèse, Paris, 1919.

Pasini. — Giornale ital. del mal. ven. e pelle, 1903.

Petrini. — Boalele sifilitica si veneriene.

Pitulesco. — Syphilis nervos.

Ravaut. — Bulletin Soc. fr. de Derm. et Syph., février 1913.

Ravaut et Ponselle. — Gazette des hôpitaux, juillet 1906.

Sainz et Aja. — Actas dermosifiliograficas, juillet 1912, p. 311.

Sergent et Cottenot. — Bulletin Soc. Méd. des Hôp., nov. 1909.

Schmidt. — Arch. f. Derm. 1912, p. 191.

O. Schwarz. — The Amer., Journ. of. Obst., juin 1918, p. 900.

Strandberg. — Archiv. f. Dermat., nov. 1910, p. 344.

Thibierge et Ravaut. — Bulletin Soc. Méd. des Hôp., avril 1910.

Thibierge, Ravaut, Lesourd. — Bulletin Soc. Méd. des Hôp., avril 1906.

IMPRIMERIE
Travaux
de grand
Luxe
NANCEIENNE
NANCY